

ARTIGO

A política social britânica: o caso da política de saúde¹

British social policy: the case of health policy

Paul BYWATERS²

Resumo: Este trabalho aborda as medidas direcionadas ao serviço de saúde do Reino Unido por empresas internacionais de saúde, que querem colocar as mãos no orçamento anual de £200 bilhões e na conspiração desse projeto que vem de sucessivos governos. Isso inclui a atual administração de David Cameron, que é o governo mais ideologicamente impulsionado que tivemos em toda minha vida — mais radical em desmantelar nosso estado de bem-estar social que Margaret Thatcher na década de 1980, mas que é baseado no legado desta última. Trata-se de um texto sobre o neoliberalismo; sobre o poder dos interesses empresariais globais; sobre a privatização; sobre a redução do papel do Estado e sobre uma democracia fraca. Trata-se também de uma advertência sobre o progresso — mesmo quando cuidados de saúde universais e acessíveis são garantidos, eles não são imunes à reversão.

Palavras-chave: Política de Saúde. Reino Unido. Política Social.

Abstract: This paper is about the targeting of the UK health service by private international health care corporations who want to get their hands on the £200b annual budget and the collusion in that project by successive governments, including the present administration led by David Cameron which is the most ideologically driven government that we have had in the UK in my lifetime — more radical in their dismantling of our welfare state than Margaret Thatcher in the 1980s but building upon her legacy. It is a tale about neo-liberalism, about the power of global business interests, about privatisation, about reducing the role of the state, and about a weak democracy. And so it is a cautionary tale about progress — even when affordable universal health care has been secured, it is not immune from attack and from being reversed.

Keywords: Health policy. UK. Social policy.

Submetido: 21/7/2011

Aceito: 02/09/2011

¹ Parte dessas reflexões foram apresentadas no 6º Encontro Nacional de Política Social em Vitória (ES) entre os dias 28 e 30 de setembro de 2011.

²Emeritus Professor of Social Work, Coventry University, and Honorary Professor, University of Warwick, UK E-mail: <p.bywaters@coventry.ac.uk>.

Introdução

O relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) para 2010, publicado em dezembro do ano passado, com o título *Financiamento de Sistemas de Saúde: O Caminho para a Cobertura Universal*, reconhecia o que a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde havia dito em 2008, que as circunstâncias nas quais as pessoas crescem, vivem, trabalham e envelhecem — educação, moradia, alimentação, emprego e a distribuição de poder nas sociedades — são as influências mais significativas sobre como as pessoas vivem e morrem. Mas o acesso na hora certa aos serviços de saúde — uma mistura de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação — também é de vital importância.

Reconhecendo isso, os países-membros da Organização Mundial de Saúde (OMS) comprometeram-se, em 2005, a desenvolver seus sistemas de financiamento da saúde para que todos tenham acesso aos serviços e não sofram com dificuldades financeiras para pagar por eles. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Mas quando comecei a escrever este trabalho no final de julho, recebi um e-mail. Era um artigo publicado no jornal *the Daily Telegraph*, um importante e sério jornal nacional de direita do Reino Unido, com a manchete: “O dia em que eles assinaram a sentença de morte do NHS (Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido)”. Acredito que você já tenha ouvido muito sobre a luta do Presidente

Obama para melhorar a cobertura da saúde nos EUA, mas também há uma séria batalha no Reino Unido para salvar nosso serviço nacional de saúde. Enquanto o mundo tenta chegar a uma cobertura universal da saúde, na Inglaterra, nosso Governo tenta promover mudanças na política que acabarão com a igualdade de acesso, aumentarão custos e reduzirão a qualidade do nosso sistema de saúde. Como isso é possível?

Assim, este trabalho aborda as medidas direcionadas ao serviço de saúde do Reino Unido por empresas internacionais de saúde, que querem colocar as mãos no orçamento anual de £200 bilhões e na conspiração desse projeto que vem de sucessivos governos. Isso inclui a atual administração de David Cameron, que é o governo mais ideologicamente impulsionado que tivemos em toda minha vida — mais radical em dismantelar nosso estado de bem-estar social que Margaret Thatcher na década de 1980, mas que é baseado no legado desta última. Trata-se de um texto sobre o neoliberalismo; sobre o poder dos interesses empresariais globais; sobre a privatização; sobre a redução do papel do Estado e sobre uma democracia fraca. Trata-se também de uma advertência sobre o progresso — mesmo quando cuidados de saúde universais e acessíveis são garantidos, eles não são imunes à reversão.

Como funciona o NHS?

Deixe-me voltar um passo ou dois para explicar o que vem acontecendo no Reino Unido. Levando-se em conta que o

Serviço Nacional de Saúde Inglês é a história da minha vida. O surgimento do NHS ocorreu em 1948, um ano antes de eu nascer. Ele foi fundado sobre dois pilares-chave. Dar acesso aos cuidados de saúde completos que sejam *gratuitos no local onde são prestados* — quando se é atendido por médico ou enfermeiro ou num hospital não é preciso pagar nada. O segundo pilar é que os cuidados em saúde são pagos através de impostos gerais. O Reino Unido não possui um esquema de planos de saúde, pagamos nossos impostos federais e parte deles é usada no NHS. E, com insignificantes exceções, não há co-participações. Quando um médico prescreve algum medicamento, é preciso pagar uma taxa de prescrição, mas ela é de menos de £10 por visita e muitos grupos — aposentados e pensionistas, desempregados, gestantes — são isentos.

Atualmente, o serviço de saúde inglês funciona assim, da perspectiva dos pacientes: na prática, todos são registrados junto a um grupo de médicos de cuidados primários ou, como chamamos, Clínicos Gerais (CG). Se a pessoa se sente mal, precisa de vacina ou de outro tratamento, basta marcar uma consulta com seu CG, normalmente no mesmo dia. CGs trabalham localmente — o meu fica a cerca de 600 metros da minha casa — e são agrupados em centros cirúrgicos ou clínicas, geralmente mais ou menos uma dúzia de médicos, alguns enfermeiros e outros profissionais de saúde, além do corpo administrativo. A grande maioria dos casos de saúde é atendida pelos CGs. Alguns procedimentos — exames de sangue, por exemplo — são realizados por

CGs. Caso cuidados mais especializados sejam necessários, o CG encaminhará o paciente para um hospital do NHS, onde ele será atendido por um especialista naquela área.

Geralmente não se pode ir direto ao hospital para ser atendido por um especialista, a não ser em casos de acidente ou ataques repentinos de determinada doença. Nesses casos, o paciente pode ir diretamente a um Serviço de Urgência e Emergências de um hospital para ser tratado.

Tudo é gratuito — nenhum dinheiro é trocado entre pacientes e quaisquer desses prestadores serviços. Além disso, os médicos que prescrevem os medicamentos efetivamente não têm qualquer interesse nos custos desses medicamentos — eles não ganham mais dinheiro prescrevendo um determinado tipo de tratamento ou droga ao invés de outro, embora haja certo controle geral para evitar desperdícios. Portanto, os pacientes podem estar certos de que seus médicos não estão agindo em benefício próprio.

Há um mercado relativamente pequeno de planos de saúde privados no Reino Unido, que complementa a cobertura do Estado, comprando o acesso mais rápido a cuidados especializados ou a escolha do prestador de serviços. Entretanto, até 2006, somente 1% de todos os gastos com saúde foi para os planos de saúde privados, com somente 10% da população tendo algum tipo de plano privado de saúde complementar (THOMSON; MOSSIALOS, 2009). Além disso, há um grupo maior de pessoas que ocasional-

mente paga por serviços de saúde privados com o próprio dinheiro, sem utilizar planos de saúde.

Em contrapartida, a assistência social — serviços de assistência para adultos portadores de necessidades especiais ou problemas de aprendizagem; serviços de assistência para idosos que não mais podem tomar conta de si próprios porque são frágeis ou sofrem de demência, por exemplo — incluindo serviços fornecidos através de assistentes sociais, não são, em sua maioria, gratuitos na Inglaterra e são administrados por um sistema completamente diferente do NHS. Esses serviços são seriamente racionados de duas maneiras principais: primeiro a necessidade do paciente precisa ser avaliada para ver se ele é elegível para tal serviço; segundo, quaisquer serviços fornecidos pelo Estado estão sujeitos à avaliação de rendimentos. A renda da pessoa é avaliada e o nível de pagamento a ser feito depende do nível de renda. Em outras palavras, trata-se de uma espécie de sistema de co-participações. A avaliação da elegibilidade é feita por um funcionário empregado pelo conselho (câmara municipal) eleito localmente, que controla o orçamento dos serviços.

Progressivamente, esse orçamento é repassado aos indivíduos para que eles gastem como quiserem em serviços de assistência. A maioria dos serviços de assistência hoje em dia não é fornecida pelo Estado, mas por várias empresas privadas e organizações voluntárias, geralmente de caridade. Mas, basicamente, só se recebe a ajuda do Estado para esses serviços se a pessoa tiver renda baixa e

poucas economias, caso contrário, o próprio indivíduo precisa pagar por eles.

Assistência à Saúde e Resultados da Saúde

O sistema NHS ainda é possivelmente visto como o melhor do mundo em termos de qualidade de assistência e uso do dinheiro. A Pesquisa do *Commonwealth Fund International Health Policy* de 2010 mostrou que o serviço de saúde do Reino Unido tem o melhor custo-benefício e qualidade de serviços dentre 13 países desenvolvidos. Ele foi particularmente eficiente em tornar o acesso aos cuidados de saúde independente de quanto dinheiro a pessoa tem (SCHOEN et al. 2010). Conforme mostra a tabela 1, isso resulta em níveis de excepcionalmente altos de confiança dos adultos no NHS. O Reino Unido foi o único país no qual mais de 90% dos adultos entrevistados disseram confiar que caso estivessem seriamente doentes, receberiam o mais eficiente tratamento de saúde, incluindo medicação e testes de diagnóstico e que poderiam pagar por qualquer assistência que fosse necessária. Além disso, o Reino Unido foi o único país onde o acesso a cuidados de saúde de qualidade não estava significativamente correlacionado com a classe social ou renda das pessoas.

Entretanto, apesar disso, nos últimos trinta anos, principalmente desde a ascensão do domínio das ideologias neoliberais econômicas e políticas, os críticos de direita em particular têm mostrado crescente preocupação com o custo do serviço de saúde inglês e sua qualidade (LEES; PLAYER, 2011; REYNOLDS et al.,

2011). Durante os governos conservadores (1979-1997), o NHS constantemente carecia de recursos (crescendo 2% ao ano, enquanto a média de 40 anos da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) era de 5,5%). Ao final desse período, os gastos com saúde no Reino Unido calculados como percentual do PIB figuravam entre os mais baixos entre os países da OCDE, 6,9% contra uma média de 8,2% (BYWATERS; MCLEOD, 2001). O resultado foi um serviço de saúde em estado precário, com longas listas de espera para cirurgias e outros procedimentos, junto com grande e crescente desigualdade na saúde e alta desigualdade social. O estado do serviço de saúde foi dos grandes divisores políticos entre o Partido Conservador de direita de Margaret Thatcher e o Novo Partido Trabalhista de Tony Blair. Na eleição de 1997, depois de 18 anos do Partido Conservador no Gover-

no, o manifesto do Partido Trabalhista alertou que somente eles poderiam “[...] salvar o NHS” (PEEDEL, 2011). Depois que o Partido Trabalhista venceu as eleições, os investimentos no NHS cresceram enormemente durante os seguintes 13 anos, principalmente de 2000 em diante. Foi posto em prática um grande programa para criar novos hospitais, os números de médicos e outros profissionais de saúde em treinamento cresceram imensamente e as listas de espera caíram a um ponto onde ninguém deveria esperar mais de 18 semanas entre um encaminhamento do Clínico Geral até sua consulta no hospital. Entretanto, juntamente com esses investimentos em serviços públicos, que os governos conservadores thatcheristas nunca teriam implementado, repetidas tentativas de reformar as estruturas do NHS cada vez mais levavam à privatização – que falaremos mais tarde.

Tabela 1

EXHIBIT 2

Adults' Confidence In And Cost-Related Experiences With Health Care In Eleven High-Income Countries, 2010

Country (sample size)	Percent of adults who							
	Were confident/very confident that if seriously ill they would		Had problems with access because of cost in previous year			Had out-of-pocket medical spending in previous year		Had serious problem paying or were unable to pay medical bills in previous year
	Receive most effective treatment, including drugs, diagnostic tests	Be able to afford care needed	Did not see doctor when sick or did not get recommended care	Did not fill Rx or skipped doses	Had either access problem	\$200 or less	\$1,000 or more	
AUS (3,552)	76	64	18	12	22	35	21	8
CAN (3,302)	76	68	8	10	15	51	12	6
FRA (1,402)	85	73	9	7	13	47	4	9
GER (1,005)	82	70	23	6	25	41	8	3
NETH (1,001)	88	81	4	3	6	39	9	4
NZ (1,000)	84	75	12	7	14	61	7	6
NOR (1,058)	70	69	8	6	11	33	16	5
SWE (2,100)	67	70	6	7	10	50	2	5
SWI (1,306)	89	78	9	4	10	20	25	6
UK (1,511)	92	90	5	2	5	76	1	2
US (2,501)	70	58	28	21	33	31	35	20

SOURCE 2010 Commonwealth Fund international health policy survey in eleven countries. **NOTE** Significance tests are available in the Technical Appendix, which can be accessed by clicking on the Technical Appendix link in the box to the right of the article online.

Portanto, quando olhamos para os gastos passada, chegamos a esse quadro. e resultados da saúde no fim da década

Tabela 2

Health Expenditure (2008) and Outcomes (2009)						
Country	Per capita total expenditure on health (\$US)	Total expenditure on health as % of GDP	Government expenditure on health as % of total health expenditure	Private expenditure on health as % of total health expenditure	Life expectancy at birth both sexes	Under 5 mortality rate (per 1000 live births)
Brazil	721	8.4	44	56	73	21
China	146	4.3	47.3	52.7	74	19
Cuba	672	12	95.5	4.5	78	6
India	45	4.2	32.4	67.6	65	66
Japan	3190	8.3	80.5	18	83	3
South Africa	459	8.2	39.7	60.3	54	62
UK	3771	8.7	82.6	17.4	80	5
USA	7164	15.2	47.8	52.2	79	8

Fonte: OMS, Relatório de Desenvolvimento Humano de 2010, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)

O que esta tabela revela é um quadro bastante complexo.

1. Dois países têm expectativa de vida média de 80 anos ou mais (dados para 2008): Ambos têm a menor taxa de mortalidade (<5). Em cada país, os gastos per capita com a saúde ficam entre US\$ 3.000,00 e US\$4.000,00 por ano. Em ambos os países, os gastos com saúde por parte do governo são de mais de 80% dos gastos totais com saúde, com uma pequena participação do setor privado. No Reino Unido, o percentual de gastos no setor privado diminuiu entre 2000 e 2008, à medida que o governo aumentou os gastos com o NHS. Em cada país, os gastos com a saúde são de pouco mais de 8% do PIB.
2. O único país nesta tabela cujos gastos per capita com saúde são de mais de US\$1.000,00 por ano são os EUA, que gastam quase duas vezes a proporção do PIB em saúde do Japão e do Reino Unido. Mas nos EUA, o equilíbrio entre gastos públicos e privados é completamente diferente: mais de metade dos gastos estão no setor privado. E apesar desse imenso buraco no orçamento das famílias, os resultados são piores: expectativa de vida mais baixa e taxa de mortalidade (< 5) mais alta. Cerca de um em cada três de todos os dólares da saúde nos EUA são gastos com administração e gerenciamento, enquanto que o Reino Unido gasta um em sete (LEES; PLAYER, 2011).

3. Na verdade, a expectativa de vida nos EUA é comparável com a de Cuba, mas sua taxa de mortalidade é mais alta. Os gastos per capita com a saúde da população em Cuba são cerca de 10% do que gastam os EUA, mas eles têm resultados parecidos. Uma grande diferença, além dos gastos totais, está em como o dinheiro é gasto. Em Cuba, praticamente não há gastos privados com a saúde, o Estado arca com quase tudo.
 4. O Brasil e a China também têm muitas similaridades. A expectativa de vida em 2008 e a taxa de mortalidade < 5 eram parecidas, assim como o equilíbrio entre gastos públicos e privados. A grande diferença está no total per capita e no percentual do PIB gastos com a saúde. Ambos são muito menores na China.
 5. Por fim, tanto a África do Sul quanto a Índia possuem taxas de mortalidade muito altas e expectativas de vida muito baixas. A Índia gasta muito pouco com cuidados de saúde e apenas um pequeno percentual desses gastos é provido pelo Estado. A África do Sul gasta mais, mas os resultados não são bons. Em ambos os países, a dependência em gastos com cuidados de saúde principalmente privados mostra que as pessoas não podem pagar por uma boa assistência. A desigualdade, medida pelo Coeficiente de Gini, é muito maior na África do Sul.
- Naturalmente, a expectativa de vida e mortalidade infantil não são primariamente ou mesmo basicamente um produto dos serviços de saúde. Elas dependem principalmente dos determinantes de saúde que mencionei anteriormente. É por isso que alguns países e regiões dentro de países têm resultados relativamente bons, levando-se em conta sua riqueza total e seus gastos com saúde, enquanto que outros têm resultados insatisfatórios. As sociedades que apresentam menos desigualdade e educação universal (em especial, se as mulheres estiverem incluídas na educação compulsória) têm resultados muito melhores.
- O Japão é uma sociedade mais igualitária e coesa que o Reino Unido — onde a desigualdade vem crescendo enormemente nos últimos trinta anos. Portanto, o Japão tem resultados melhores com níveis similares de gastos. Os EUA, com toda sua riqueza, pagam um alto preço devido a dois fatores: primeiro, por causa dos altos níveis de desigualdade para um país desenvolvido e pela limitada proteção social do Estado; segundo, por sua confiança nos prestadores de cuidados de saúde privados, que apesar de defenderem os benefícios da concorrência, fazem subir os custos de várias maneiras, incluindo análises excessivas, diagnósticos excessivos e intervenções excessivas — a busca por lucro que faz os prestadores terem mais interesse na venda de produtos às pessoas do que na maximização da saúde e bem-estar (REYNOLDS, 2011).

A Eleição de 2010 e Desmantelamento do NHS

Na eleição de 2010, David Cameron, líder do Partido Conservador, tentou neutralizar o NHS como assunto político, mas prometendo manter os planos de investimentos do Partido Trabalhista e explicitamente dizendo que não realizaria nenhuma grande reforma de cima para baixo. Seu slogan era que o NHS estaria seguro nas mãos dos conservadores. Por vários motivos, em especial a crise econômica de 2007/2008 e erros do governo trabalhista, incluindo as guerras do Iraque e Afeganistão, o eleitorado aceitou essas promessas e votou por mudança depois de 13 anos de governo trabalhista.

No Reino Unido, o governo é formado pelo partido que tiver a maioria de cadeiras na Câmara Baixa do Parlamento, a

Câmara dos Comuns, que tem mais de 600 parlamentares, cada um representando uma área geográfica com população de cerca de 100.000. Essas cadeiras são decididas por sistema de eleição por maioria simples, então os candidatos com 40% dos votos, ou até menos, geralmente ganham e os governos são comumente eleitos com uma minoria dos votos totais. Desde 1945, o governo tem sido Trabalhista ou Conservador. O terceiro partido nacional, o Liberal Democrata, geralmente fica com de 10 a 20% dos votos, mas consegue menos de 50 cadeiras.

Em 2010, apesar da gigantesca impopularidade dos trabalhistas, os Conservadores não tinham a confiança completa dos eleitores e venceram os trabalhistas por um pequeno número de cadeiras.

Tabela 3

Partido	Número de cadeiras	Percentual de votos
Conservador	307	36.1
Trabalhista	258	29.0
Liberal Democrata	57	23.0

Isso queria dizer que os conservadores não tinham maioria absoluta na Câmara e precisavam formar uma coalizão com os liberais democratas. Tratava-se de um território completamente novo na Bretanha pós-guerra e alguns achavam que isso funcionaria como uma quebra nas políticas neoliberais mais radicais dos conservadores. No entanto, o contrário ficou comprovado.

Usando o precário estado da economia depois da crise financeira global de 2007/2008, os conservadores propuseram várias mudanças neoliberais nas políticas sociais, alegando que com o atual déficit orçamentário, não havia alternativa. Os pagamentos da seguridade social estão sendo cortados ou sua elegibilidade restringida (abono familiar para os filhos, que antes era universal, agora é limitado para aqueles cuja renda é inferior a cerca

de US\$70.000; o auxílio-doença está sendo retirado de centenas de pessoas através de um rígido teste de capacidade de trabalho; o pagamento do crédito de impostos para famílias trabalhadoras está sendo reduzido. Os orçamentos para serviços fornecidos por autoridades locais estão sendo cortados em até um quarto. Eles cobrem serviços como escolas, estradas, coleta de lixo e assistência social. O Estado está retirando todos os seus subsídios para a educação universitária nas áreas das artes e ciências humanas, com um aumento de 300% das taxas universitárias programado para 2012, de cerca de US\$5.000 para US\$15.000 por ano. Além disso, os cortes cobrem todas as áreas do governo, incluindo defesa. Milhares de empregos já foram perdidos e as pensões e aposentadorias do setor público estão sob forte ataque. A economia está estagnada, sem qualquer crescimento significativo nos últimos nove meses

(<http://www.statistics.gov.uk/cci/nugget.asp?id=192>).

As políticas de corte no NHS encontraram dificuldades por causa das promessas que Cameron havia feito na eleição: manter os gastos do Partido Trabalhista e não fazer grandes reformas. Ele diz que os gastos com o NHS não serão reduzidos, embora £20 bilhões da chamada economia de eficiência serão retidos do decorrer de quatro anos — um nível de economia que nunca foi atingido antes, além de a taxa de inflação construída dentro o orçamento estar abaixo do nível dos custos da saúde.

Mas Cameron decidiu apoiar o antigo desejo do ministro da saúde, Andrew Lansley de reestruturar o NHS. Mais uma vez, Cameron e Lansley usaram o déficit como disfarce para justificar as reformas. Mas, basicamente, eles simplesmente ignoraram a promessa feita durante a eleição para realizar as mudanças mais radicais da história do NHS. No entanto, como mostra uma recente análise feita por Lees e Player (2011), os alicerces para a privatização já haviam sido preparados no governo trabalhista anterior por poderosos lobistas das empresas do setor privado. Tony Blair, com sucessivos ministros da saúde, já havia feito mudanças no NHS que o amadureceram para uma posterior privatização.

Qual é o plano? Como descrevem Pollock e Pryce (2011, p.800), o plano é “[...] substituir o sistema NHS de financiamento público e, principalmente, de prestação e administração públicas por um mercado concorrido de prestadores privados no qual o governo financia, mas não provê a assistência à saúde.”

Os detalhes mais precisos são bem complexos e ainda estão sendo alterados enquanto eu escrevo, com uma oposição sendo criada dentro e fora do Parlamento e com mudanças sendo sugeridas pelo governo como resposta e à medida que eles percebem que partes do plano não vão funcionar. Os elementos-chave são os seguintes:

1. A responsabilidade pelos serviços fornecidos
 - A Secretaria do Estado para a Saúde (o Ministro do governo)

não terá responsabilidade direta pela prestação dos Serviços de Saúde, mas somente 'agirá com vista a assegurar' a abrangência dos serviços de saúde através do Conselho de Administração do NHS.

- Todos os fundos de prestação de serviços (hospitais e serviços comunitários) serão fundos de fundações independentes — operando basicamente como empresas separadas — e, portanto não serão diretamente geridas pelo Conselho de Administração do NHS
2. Planejamento e Compra de serviços de saúde
- Fundos de cuidados primários — organizações com base geográfica que têm sido responsáveis pelo planejamento e compra de serviços de saúde — serão abolidos e substituídos por consórcios de representação de Clínicos Gerais, aos quais todos os CGs devem se filiar. Os CGs não serão, naturalmente, treinados nesses papéis: Saúde pública, serviços de gestão e planejamento. Os serviços dos CGs podem ser administrados por organizações com ou sem fins lucrativos, mas não necessariamente pelos próprios CGs, cujo papel principal é tratar de pacientes. 23 organizações com fins lucrativos já administram 227 CGs no Reino Unido (POLLOCK; PRYCE 2011).
 - Os consórcios deverão comprar os serviços não para todas as pessoas dentro de uma determinada área geográfica, mas somente para aqueles pacientes registrados nos consórcios. As fronteiras dos CGs serão abolidas, de modo que os consórcios de CGs possam atender pacientes onde quer que eles morem, 'efetivamente permitindo que os pacientes escolham seu representante'. Isso significa que os consórcios poderão fazer propaganda e disputar pacientes assim como empresas de saúde privadas e planos de saúde fazem hoje em dia.
 - Os consórcios de representação não possuem a obrigação de prestar uma abrangente gama de serviços, mas apenas 'aqueles serviços que eles acharem adequados'.
 - Não há obrigação de prover igualdade de acesso aos serviços de saúde. O planejamento anual dos representantes somente requer atenção à viabilidade financeira 'melhoria contínua'.
 - Os consórcios de representação terão poder para impor tarifas de serviços, um poder que antes só era dado ao Secretário de Estado (e só era usado no caso das tarifas de prescrições de medicamentos).
 - Há planos paralelos de criar orçamentos de saúde individuais — orçamentos individuais

ais que de imediato parecem estar ligados a tarifas complementares feitas através de pagamentos diretos ou seguro/plano de saúde.

- Como órgãos privados e independentes, os consórcios não serão diretamente controlados pelo ministro da saúde, mas poderão firmar contratos com 'quaisquer prestadores de saúde qualificados' e determinar os termos e condições para as equipes de trabalho (eliminando negociações nacionais de salário). Já houve conversas com empresas privadas, incluindo a alemã Helios (RAMESH, 2011). Eles terão uma obrigação formal de operar dentro de seus orçamentos e, assim, a responsabilidade pelos cortes é retirada das costas do governo e passada para os consórcios, cujos conselhos incluirão CGs e enfermeiros. Os pacientes não saberão se as recomendações feitas pelos CGs são afetadas pelo valor que esses tratamentos custarão, o que aparentemente vai minar a confiança entre pacientes e médicos.
- O prestador de última instância será o conselho local (câmara) se os consórcios decidirem que oferecer serviços mais abrangentes poderá ameaçar sua viabilidade financeira. Mas a renda dos conselhos locais é determinada pelo governo central, eles não têm

poder para levantar mais dinheiro para gastar com cuidados de saúde, mesmo que os conselheiros fossem eleitos democraticamente com esse propósito, eles não teriam experiência na prestação de serviços de saúde.

3. Controle de Qualidade e Gestão da Prestação dos Serviços de Saúde

- A regularidade do provedor será supervisionada por um regulador de mercado, chamado Monitor, cuja principal tarefa é promover a concorrência. "A abordagem do governo é que onde forem necessários mecanismos de controle específico para os prestadores, esses mecanismos devem ser aplicados através de licenciamentos regulatórios e contratos clinicamente orientados, ao invés de gerenciamento hierárquico feito por regiões centrais." (DEPARTMENT OF HEALTH, 2010). No entanto, de acordo com economistas, os mercados de um modo geral não são eficazes e eficientes mecanismos de controle de assistência à saúde. "Quando os contratos de mercado são usados para regulamentar prestadores e representantes, os gestores são incentivados a explorar o déficit de informações por parte dos pacientes e do governo, reduzindo a qualidade para maximizar os lucros"

(POLLOCK; PRYCE 2011, p.800). A regulamentação ficará limitada pela obrigação de “[...] maximizar a autonomia dos representantes e prestadores e minimizar as obrigações impostas a eles (DEPARTMENT OF HEALTH, 2010)”. A regulamentação pode ser dispensada à medida que mais prestadores entrem no mercado. A necessidade de regulamentação pública pode ser questionada em tribunais pelas empresas de assistência à saúde, o que já está acontecendo.

- O limite da capacidade dos fundos de prestadores de saúde de gerarem dinheiro através da venda de serviços e outros recursos ao setor privado está sendo abolido. Uma fundação fiduciária com dificuldades financeiras pode restringir seus próprios serviços e arrendar seu patrimônio a prestadores privados para equilibrar suas contas. Eles podem aumentar o acesso de pacientes privados e restringir o acesso de pacientes do NHS.
- Fundos de prestadores de assistência à saúde poderão vender, ou vender e arrendar de volta, ou levantar dinheiro com o patrimônio que possuem (que até agora pertencem ao público). Isso abre caminho para sociedades de capitais de investimento que podem ser contratadas para administrar os fundos, controlar os recur-

sos públicos e esvaziar o patrimônio.

- A nova concorrência permitirá que o controle público remanescente sobre serviços de saúde seja desafiado por multinacionais e investidores de qualquer lugar do mundo.
- Saúde Pública. As responsabilidades pela saúde pública estão sendo retiradas do NHS e passadas para os conselhos locais.

O plano do governo é basicamente demolir o NHS e substituí-lo por um mercado de assistência à saúde que será cada vez mais fragmentado e privatizado. O ritmo da mudança é extremamente rápido e as mudanças são sempre mais fáceis quando os orçamentos estão crescendo, não quando £20 bilhões estão sendo retirados do orçamento. Muitos funcionários administrativos experientes já saíram do NHS, muitos serviços já foram transferidos para empresas privadas, muito desse processo de criação de novos consórcios já foram iniciados antes mesmo que as leis que dizem respeito a ele fossem aprovadas pelo Parlamento. É provável que dentro de um curto período, pacientes de algumas áreas precisem pagar co-participações ou recebem ofertas de complementação de qualidade do seu atendimento, o que irá, inevitavelmente, criar um incentivo para a extensão de planos de saúde. Levando-se em conta o favoritismo do NHS como instituição no Reino Unido e sua sensibilidade política, o que o Partido Conser-

vador está fazendo é uma enorme aposta.

Como isso foi possível?

As condições das políticas que possibilitaram essas enormes mudanças vêm sendo estabelecidas por sucessivos governos, desde o governo Thatcher — entre 1979 e 1997. Paradoxalmente, o Partido Trabalhista de Tony Blair pressionou por reformas que abriram o NHS para privatização, apesar do compromisso do partido com os serviços públicos, refletido no nível orçamentário geral do NHS (veja a análise detalhada de LEES; PLAYER, 2011). Tony Blair propôs a idéia de um "terceiro caminho" (GIDDENS; 1998), no qual, embora o Estado ainda fosse responsável pelos principais serviços públicos, como saúde e educação, eles seriam abertos para a concorrência e os rigores do mercado, porque se acreditava — apesar das evidências nos EUA — que o mercado poderia administrar esses serviços de maneira mais eficiente e eficaz. Grandes prestadores privados de assistência à saúde, principalmente aqueles localizados nos EUA, como a *United Health*, trabalhando de mãos dadas com líderes em consultoria, como *McKinseys*, sociedades de capitais de investimento, como a *Bridgepoint* e grupos de pensadores de políticas, como *Kings Fund* e *Nuffield Trust* desenvolveram uma complexa e entrelaçada rede de lobby que persuadiu sucessivos políticos no sentido de que o NHS deveria ser modificado de uma única organização pública para um mercado de empresas privadas operando sob o nome e *kitemark* do NHS.

Os meios como isso feito são múltiplos e complexos, mas, de um modo geral, envolvem três estágios de preparação (LEES; PLAYER, 2011):

- Aberturas precisavam ser criadas para que as empresas privadas oferecessem serviços do NHS;
- O NHS precisava ser dividido em unidades relativamente pequenas que operassem como empresas;
- A força de trabalho clínico precisava ser separada do NHS e contratada pelas empresas individuais.

Desde a década de 1980, várias oportunidades foram criadas para que as empresas privadas assumissem diferentes áreas da assistência do NHS. Tudo começou com tarefas como a limpeza dos hospitais (com desastrosos resultados em termos de infecção hospitalar) e evoluiu para serviços principais de assistência à saúde, TI e cargos de escritório, gerência, representação e tarefas de criação de políticas. Geralmente, as empresas privadas não tinham as menores condições de concorrer com o NHS em termo de qualidade ou preço, então elas foram beneficiadas com algumas condições que eram mais caras para o NHS e não apresentavam riscos. Por exemplo, em situações nas quais as empresas privadas prestavam tratamentos médicos e cirúrgicos para o NHS, elas não estavam sujeitas a acusações de negligência e os pacientes, cujo tratamento dava errado, eram transferidos de volta para o NHS.

Essas sérias mudanças no NHS jamais foram apresentadas honestamente ao eleitorado. Elas sempre eram apresentadas positivamente, como meio de aumentar a capacidade do NHS rapidamente ou, negativamente, como algo necessário para tornar o NHS mais eficiente e fazer um melhor uso do dinheiro. Nunca houve uma declaração aberta de que o mercado estava sendo introduzido no NHS. Isso permitiu que o Partido Conservador dissesse, com base na verdade, que seus planos nada mais eram que um desenvolvimento daquilo que os trabalhistas vinham fazendo.

E quanto à oposição aos planos?

A oposição aos planos é popular, criativa, mas um tanto dissonante. Os planos vêm sendo vendidos como um meio de passar o controle para os CGs, que têm considerável respeito do público, mas a grande maioria tanto no sindicato dos CGs e médicos quanto na Associação Britânica de Medicina rejeitou as reformas e exigiu que elas fossem retiradas, e não emendadas. Uma passeata com um milhão de pessoas foi realizada em protesto contra os cortes de um modo geral. Pelo menos dois terços do público demonstram sua oposição às mudanças. Enquanto eu escrevo, 150 especialistas médicos também escrevem mais uma vez para Andrew Lansley, Ministro da Saúde, pedindo que o projeto de lei seja descartado e apontando para sua falta de legitimidade democrática (http://www.guardian.co.uk/society/2011/sep/11/doctors-letter-resists-nhs-reform?CMP=twf_fd). Eles também citam uma recente enquete do *British Me-*

dical Journal com 1000 médicos, dos quais 93% requerem que o projeto seja descartado. A pesquisa do *Commonwealth Fund* mencionada anteriormente (SCHOEN et al., 2010) constatou que 62% dos leigos entrevistados acham que apenas pequenas mudanças sejam necessárias no NHS, um percentual muito mais alto que em qualquer dos outros 13 países. O *Trades Union Congress* — o órgão nacional dos sindicatos no Reino Unido — conduziu uma campanha contra as mudanças, assim como vários outros pequenos grupos de lobistas. Típicas atividades de lobby foram realizadas: contato com parlamentares, assinatura de petições, realização de assembleias, cartas à imprensa, etc. As bases do Partido Liberal Democrata votaram por uma rejeição completa do projeto, o que forçou as lideranças a terem um pulso mais forte dentro da coalizão com o governo, do qual são minoria. Mas as lideranças do Partido Liberal Democrata são tanto economicamente liberais quanto socialmente liberais — em outras palavras, eles apóiam a privatização.

Algumas formas bem criativas de oposição foram veiculadas na mídia e na internet. Em certo momento da campanha contra a privatização, o vídeo no YouTube (<http://www.youtube.com/watch?v=D11jPqqTdNo>) 'The NHS is not for sale' virou febre e fez de Andrew Lansley motivo de risada. Filmes disponíveis na internet, como 'In Place of Fear'³ (<http://www.vimeo.com/26379391>) e

³ Aneurin Bevan foi o ministro que criou o NHS em 1948. Em 1952, ele publicou 'In Place of Fear'

'Wake Up Call Episode 1 - No Decision About Me Without Me' (<http://www.vimeo.com/20667467>) mostra graficamente como o serviço público do NHS está sendo desmantelado e substituído por caçadores privados de lucro.

Essa oposição, incluindo a oposição do Partido Liberal Democrata, forçou o governo a anunciar um período para ouvir as partes, em abril e maio deste ano. Mas o governo pôs à frente do processo, o chamado 'Future Forum' (<http://healthandcare.dh.gov.uk/new-forum/>), um CG que reconhecidamente apoiava a abordagem do governo. O processo era claramente suspeito desde o início, mas mostrou, por exemplo, que o projeto era inviável do modo como havia sido esboçado e poderia desestabilizar os serviços. Alguns atrasos e várias emendas já podem ser vistos no projeto, mas nenhum deles irá realmente proteger o NHS da fragmentação e privatização.

A oposição aos cortes foi sustentada por dois sérios escândalos na saúde privada e assistência social que vieram à tona no Reino Unido este ano. O primeiro foi o recente colapso do maior prestador de serviços sociais residenciais no Reino Unido — casas de repouso e lares de atenção para idosos — *Southern Cross*. A

Southern Cross cuidava de 31.000 residentes em cerca de 750 unidades no Reino Unido quando seu modelo de negócios entrou em colapso (<http://www.guardian.co.uk/business/2011/jul/16/southern-cross-incurable-sick-business-model>). A maior parte da renda desses residentes vinha do Estado sob a forma de conselhos locais, que encaminhavam os idosos para os lares de assistência. Esses residentes têm pouca renda e poucas (ou nenhuma) economias, portanto, seus cuidados são de responsabilidade do Estado. Em 2004, o então prestador de porte médio foi substituído pela sociedade privada de capitais de investimento, *Blackstone*. A *Blackstone* aplicou em seus negócios um modelo no qual os lares pertencentes à *Southern Cross* — os prédios — foram vendidos e arrendados de volta. Em várias dessas negociações, os novos proprietários embutiram aumentos nos pagamentos de aluguel que seriam aplicados independentemente do estado no mercado de assistência. Depois da crise financeira global de 2007, três principais fatores afetaram o mercado de lares de atenção: o orçamento de autoridades locais na Inglaterra ficou cada vez mais apertado; os números de idosos que precisavam de assistência continuaram a crescer; e os custos dessa assistência cresceram mais rapidamente que a taxa inflação. Esses três fatores levaram as autoridades locais a começar a se recusar a pagar tarifas altas e, assim, a *Southern Cross* começou a se ver com aumentos contratuais de aluguel, mas receita decrescente por causa dos níveis de ocupação. Até o verão de 2011, eles haviam sido incapazes de pagar suas dívidas e a empresa está sendo fechada.

(QUARTET BOOKS, 1978), que incluía uma defesa apaixonada do NHS. Amplamente citado no 'In Place of Fear' é o argumento de que o "[...] o princípio da coletividade expressa que [...] nenhuma sociedade pode ser legitimamente chamada de civilizada se uma pessoa doente não recebe ajuda médica por falta de meios".

A *Blackstone* colocou a *Southern Cross* no mercado de ações em 2007, um ano depois obter o controle do grupo, e conseguiu lucros de £1.1 bilhão. Para seus residentes e suas famílias este foi um verão de insegurança. Os lares estão sendo vendidos a vários outros prestadores – porque alguém precisa cuidar dos residentes – causando mais divisões e incertezas para os residentes.

O segundo grande escândalo na assistência à saúde privada este ano diz respeito à qualidade da assistência. *Winterbourne View* é um hospital privado que cuida basicamente de pessoas com distúrbios de aprendizagem. Um repórter da BBC filmou uma série de agressões e outros tipos de abuso a residentes, o que levou 6 funcionários à prisão. Os donos, Castlebeck, são um fundo de investimentos com base em Genebra. (<http://www.guardian.co.uk/society/2011/aug/17/castlebeck-care-homes-close-unit?INTCMP=SRCH>). Desde que as agressões em *Winterbourne View* foram mostradas na televisão, a empresa foi forçada a fechar três lares depois das investigações feitas pelo *Care Quality Commission- CQC* (Comissão para a Qualidade na Assistência), organização que regulamenta a qualidade de lares de assistência privados. No entanto, a própria Comissão para a Qualidade na Assistência foi altamente criticada por falhar em detectar e prevenir tais abusos. A CQC, que agora é responsável pela inspeção do NHS, além da assistência social e residencial, teve seu orçamento cortado em um terço desde 2009. O resultado disso é que várias inspeções só são feitas no papel

(<http://www.guardian.co.uk/society/2011/jun/07/disability-abuse-winterbourne-view-care-regulator-review?INTCMP=SRCH>).

Entretanto, o governo continua a pressionar pelas reformas, determinado a torná-las *fait accompli*, desmantelando as estruturas existentes mesmo antes que o projeto torne-se lei. Um dos motivos é o poder dos grupos lobistas da assistência à saúde privada. Como mostra a Figura 1, os tentáculos do setor privado de assistência à saúde alcançam o coração do governo e vêm sendo cultivados há muitos anos. Como mostra o vídeo Spinwatch 'The Health Industry Lobbying Tour' (<http://www.spinwatch.org.uk/blogs-mainmenu-29/tamasin-cave-mainmenu-107/5417-take-a-tour-of-lansleys-private-healthcare-supporters>), milhões de libras foram gastas para garantir o extraordinário acesso das empresas privadas de saúde aos principais líderes políticos do Reino Unido. Em troca, muitos desses políticos e consultores de políticas públicas vêm sendo recompensados com cargos muito bem remunerado em empresas privadas. Vejo isso como corrupção em grande escala – outro sinal da fraqueza das democracias ocidentais. Políticas pró-negócio parecidas estão dominando a abordagem do governo à saúde pública. Andrew Lansley colocou cadeias multinacionais de fast-food e bebidas com MacDonald's e Pepsico no coração dos órgãos de prevenção a obesidade e alcoolismo enquanto negocia acordos voluntários, ao invés de legalmente impor obrigações com base em evidência e em prol da eficácia. (<http://www.guardian.co.uk/politics/201>

0/nov/12/mcdonalds-pepsico-help-health-policy).

Por que isso foi feito?

A resposta pública do governo a essa pergunta é que o NHS não pode continuar como está, devido à alta na demanda, causada principalmente pelo aumento do número de idosos e pela necessidade de aumento da eficiência. Os valores da escolha individual e da concorrência econômica geralmente são apresentados como argumento para as mudanças. Alega-se que as reformas são um meio de colocar o NHS nas mãos dos CGs, ao invés de “burocratas” (gestores experientes e treinados). No entanto, o fato é que poucos CGs irão participar dos conselhos, esse trabalho continuará a ser feito por equipes gerenciais e administrativas. Essas tarefas já estão sendo terceirizadas em empresas privadas contratadas por CGs. Tais desculpas públicas são apenas uma cortina de fumaça para a realidade da privatização em massa, a criação de sistema baseado em planos de saúde.

Devido ao risco político, pode-se perguntar por que isso foi feito. Diante da evidência da má qualidade, aumento dos custos e comportamento antiético e fraudulento das empresas privadas de assistência à saúde (LEES; PLAYER, 2011; LISTER, 2011), eu só consigo enxergar quatro motivos:

- Uma crença ideológica no mercado como sendo o melhor mecanismo para a eficiência e eficácia.
- Um desejo de transferir do governo para indivíduos os custos e

responsabilidades pela assistência à saúde, reduzindo o poder do NHS como instrumento eleitoral que beneficia o Partido Trabalhista.

- O poder e eficácia do lobby criado pela ligação entre assistência à saúde, gerenciamento e empresas de finanças que viram a oportunidade de por as mãos em centenas de bilhões de libras do orçamento do NHS.
- Ganância pessoal dos políticos e autoridades. Tony Blair e sucessivos ministros da saúde tornaram-se extremamente ricos através da política. Alan Milburn e Patricia Hewitt, por exemplo, assumiram uma série de diretorias de empresas nacionais e internacionais de saúde poucos meses depois de deixarem seus cargos políticos. Muitos funcionários do Departamento de Saúde mudaram de emprego entre empresas privadas e serviço público com pouca ou nenhuma restrição (LEES; PLAYER, 2011).

Para dar uma visão mais ampla, a morte do NHS reflete a profunda fraqueza da nossa democracia, que também pode ser vista nos EUA. O Reino Unido sofreu com grandes escândalos públicos envolvendo fraudulentas despesas de parlamentares, mas nada comparado aos benefícios dos cargos de diretoria e outros pagamentos vindo de interesses privados que nossos políticos receberam enquanto estavam em seus cargos, ou logo ao saírem, e que receberam pouca atenção do público. Tivemos o caso do

grampo telefônico, em que a *News International Corporation* de Rupert Murdoch espionava ilegalmente indivíduos privados ou figuras públicas e exercia poder excessivo sobre as investigações da polícia e ações dos políticos. Os três pilares de uma democracia: Domínio da lei, integridade política e livre imprensa foram todos minados nos últimos trinta anos. Como resultado, os excessos dos ricos têm sido cada vez menos controlados e o resto da população paga o preço.

Conclusão: precisa ser assim?

Há claras evidências de que esse rumo não seja necessário. As mudanças se aplicam ao NHS da Inglaterra, mas não ao NHS de outros países do Reino Unido, principalmente Gales e Escócia, que há anos adotam diferentes políticas de NHS, bem divergentes dos planos do Reino Unido para a Inglaterra (LEES; PLAYER, 2011). Em nenhum desses governos há planos de privatização em massa e, em cada país, o Partido Conservador forma uma pequena minoria na assembleia federal. Na Escócia, a divisão entre compradores e prestadores, um elemento-chave para se criar um mercado de assistência à saúde, foi abolida em meados da década passada. O serviço de saúde da Escócia permanece diretamente administrado pelo *Area Health Boards*, no qual os projetos são apresentados pela maioria do conselho, que é democraticamente eleita. Além disso, na Escócia, os cuidados pessoais para os idosos que moram em casa são gratuitos, ao invés de passar pela avaliação de rendimentos da Inglaterra. As tarifas de estacionamento dos hospitais foram extintas, há planos de acabar com as taxas de prescrição de

medicamentos e o único centro de tratamento independente foi estatizado. Essas medidas foram alcançadas com resultados que são no mínimo comparáveis àqueles da Inglaterra (LEES; PLAYER, 2011).

Gales seguiu um caminho parecido. Mais uma vez, a divisão entre prestador e comprador foi abandonada em favor do pequeno número de Conselhos de Saúde Locais com base geográfica, que diretamente administram e planejam os serviços de saúde em Gales, com forte ênfase na saúde pública e na ligação com a assistência social. Gales liderou na extinção das taxas de prescrição e estacionamentos em hospitais e no fim da avaliação de rendimentos para assistência social (LEES; PLAYER, 2011).

É claro que há outros modelos além desses para uma administração eficaz de serviço de saúde, mas bem na porta do governo inglês há evidências da falsidade da alegação de que o NHS está falindo e que marketização é a única resposta.

O que se perdeu de vista desde que a coalizão dos conservadores chegou ao poder foi o foco nos determinantes sociais da saúde (OMS, 2008) ou nas causas sociais das desigualdades na saúde. A assistência à saúde na Inglaterra está sendo mercantilizada e privatizada. A saúde está virando uma questão de responsabilidade individual, na qual a capacidade de pagar por diagnóstico, exame, tratamento e assistência é cada vez mais significativa. Nesse clima, enquanto famílias e indivíduos de baixa renda são os que mais sofrem com a crise eco-

nômica, as desigualdades na saúde e na assistência à saúde continuarão a crescer. Na próxima eleição, qualquer que seja a decisão do eleitorado sobre essas mudanças, o NHS na Inglaterra terá deixado de existir como uma instituição nacional e pública.

Referências

BYWATERS, P.; McLEOD, E. The Impact of New Labour Health Policy on Social Services: a New Deal for Service Users' BYWATERS, P.; McLEOD, E. The Impact of New Labour Health Policy on Social Services: a New Deal for Service Users' Health? **British Journal of Social Work**, v. 31, n. 4, p. 579 – 594, 2001.

DEPARTMENT OF HEALTH. Liberating the NHS: regulating healthcare providers. A consultation on proposals. DH, 2010.

GIDDENS, A. **The Third Way: The Renewal of Social Democracy**. Cambridge: Polity Press, 1998.

LEES, C.; PLAYER, S. **The Plot Against the NHS**. Pontypool: Merlin Press, 2011.

LISTER, J. (Ed.). **Europe's Health For Sale: The heavy cost of privatization**. Faringdon: Libri Publishing, 2011.

PEEDELL, C. Global Neoliberalism and the consequences for health-care policy in the English NHS. In: LISTER, J. (Ed.). **Europe's Health For Sale: The heavy**

cost of privatization. Faringdon: Libri Publishing, 2011.

POLLOCK, A.; PRYCE, D. How the secretary of state for health proposes to abolish the NHS in England. **BMJ**, n.342, p.800-806, 2011.

RAMESH, R. German company involved in talks to take over NHS hospitals. **The Guardian**, 4 sept. 2011. Available in: <<http://www.guardian.co.uk/society/2011/sep/04/german-company-takeover-nhs-hospitals?INTCMP=SRCH>>. Accessed in: sept. 2011.

REYNOLDS, L. A. Letter: Competition in healthcare: Two issues with competition in healthcare, **BMJ**, 343, d4735, 2011.

REYNOLDS, L. A.; LISTER, J.; SCOTT-SAMUEL, A.; McKEE, M. **Liberating the NHS: source and destination of the Lansley reform**. London: School of Hygiene and Tropical Medicine, 2011.

SCHOEN, C.; OSBORN, R.; SQUIRES, D.; DOTY M. M. et al. How Health Insurance Design Affects Access To Care And Costs, By Income, In Eleven Countries. **Health Affairs**, v.29, n.12, p.2323-2335, 2010.

THOMSON, S.; MOSSIALOS, E. **Private health insurance in the European Union: Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities**. London: London

School of Economics and Political Science, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2011.** Geneva: WHO, 2010.

Figure 1 The Political Private Health Care Nexus
From Lees and Player 2011

